

**Allegato n. 1 GRIGLIA PER LA PRIORITARIZZAZIONE
DELLE RICHIESTE DI VALUTAZIONE DI TECNOLOGIE**

Criteria di prioritarizzazione applicabili	Indicatori	Peso	Score
Criteria di carattere clinico-epidemiologico (20)	Popolazione target/popolazione assistiti invariata aumenta diminuisce	0 +7 -7	
	Numero procedure o prestazioni potenziali: invariato aumentato ridotto	0 +7 -7	
	Tecnologia aggiuntiva Tecnologia sostitutiva	+2 +6	
Criteria di carattere economico organizzativo (20)	Valore spesa presunta/valore spesa per categoria (anno precedente)	>1,51 punti -10 1-1,5 punti 0 <1 punti +10	
	Rapporto costi/ricavi	>1,51 punti -10 1-1,5 punti 0 <1 punti +10	
Criteria di carattere etico- sociale (5)	Implicazioni etiche (selezione pazienti, iniquità) e legali, interesse sociale	Favorevole +5 Non favorevole -5	
Criteria legati al livello di evidenza disponibile (10)	Incertezza su evidenza scientifiche	Presente -10 Assente +10	
Criteria legati al rischio di inapproprietezza (15)	Rischio prestazioni inappropriate rispetto a indicazioni cliniche	Presente -5 Assente +5	
	Variabilità di utilizzo nel percorso assistenziale Ampia variabilità Tecnologia dedicata	+5 0	
	Rischio inapproprietezza rispetto a indicazioni regionali	Presente -5 Assente +5	
Criteria legati alla condivisione delle tecnologie tra più utilizzatori (10)	Utilizzo in singola U.O. Utilizzo intradipartimentale Utilizzo intraaziendale	0 +5 +10	
Valutazione costi/efficacia (20)	Secondo lo schema allegato* per unità di output		

+ efficacia - costi	+20 punti	+ efficacia + costi	+5 punti	+ efficacia = costi	+15 punti
- efficacia - costi	-10 punti	- efficacia + costi	-20 punti	= efficacia + costi	-15 punti

Allegato n. 2 Richiesta di valutazione di tecnologia

Al Referente HTA

Indicare se:

- si tratta di una **PRIMA RICHIESTA**
- **ESISTE UNA PRECEDENTE RICHIESTA.**

Inserire numero di protocollo e data o eventualmente, allegare la precedente richiesta sottomessa. **Parte 1:**

Generale

1A) Chi è il proponente?

Cognome _____ Nome _____

Mail _____ Unità Operativa _____

Presidio _____

Dipartimento _____

Ruolo ricoperto _____

Il Proponente può essere il Direttore del Dipartimento, il Direttore/Responsabile di Unità operativa

1B) Chi è/sono il/i reale/i utilizzatore/i dell'innovazione?

1C) Elencare le altre UU.OO. che utilizzerebbero l'innovazione all'interno della struttura aziendale

1D) Qual'è l'innovazione proposta?

Richiesta di valutazione di tecnologia

1E) In quale categoria è possibile collocare l'innovazione?

- Dispositivi n° CND
- Tecnologie sanitarie - Apparecchiature elettromedicali
- Percorsi tecnico - Organizzativi

Parte 2: Innovazione

2A) Su quale indicazione clinica o organizzativa l'innovazione verrà utilizzata?

2B) In che modo la proposta è innovativa rispetto alla metodologia attualmente in uso? [max 1000 caratteri]

2C) Esiste la previsione di sostituire la metodologia attualmente in uso oppure si prevede di integrarla? [max 1000 caratteri]. In caso affermativo, in che modo?

2D) Inserire un breve abstract sulla base della letteratura disponibile in riferimento all'innovazione, [max 2500 caratteri]

2E) Elencare le 5 referenze più significative ed i punti di forza principali della proposta [max 5000 caratteri]

2F) Qual è la ricaduta della proposta sui pazienti in termini di diagnosi, trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione?

2G) La proposta implica dei rischi, degli effetti collaterali o eventi avversi?

Richiesta di valutazione di tecnologia

2H) Ci sono degli studi in corso presso altre strutture in Sicilia/Italia/Europa/Extra E. U. sugli effetti della proposta? Se sì, indicare quali:

2I) La proposta è stata raccomandata da altre strutture:

- Organizzazione Mondiale della Sanità
- Linee Guida Unione Europea
- Ministero della Salute
- Assessorato alla Sanità - Regione Sicilia
- Società scientifiche
- Altro

In caso affermativo specificare i riferimenti:

2L) Il dipartimento ha in precedenza o in altre occasioni, richiesto l'introduzione della tecnologia? Indicare se l'uso della tecnologia è già stato sperimentato (su cosa e quando) e se rifiutato l'uso, indicare le ragioni dell'esclusione.

Parte 3: Informazioni tecniche

3A) La tecnologia è coperta da brevetto? SI NO

3B) Nominativo della Società produttrice (in caso di risposta affermativa al punto 3A):

Nominativo della Società distributrice in esclusiva (se differente dalla ditta produttrice):

Indirizzo: _____

Tel. _____ ; Fax: _____

- La U.O. è già dotata di analoga e/o simile apparecchiatura? si no

- Il Dipartimento è già dotato di analoga apparecchiatura? si no

Richiesta di valutazione di tecnologia

3C) *Nominativi delle Società produttrici* (in caso di risposta negativa al punto 3A)

Nominativi delle Società distributrici in esclusiva/non in esclusiva (se differenti dalle ditte produttrici)

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. _____ ; Fax: _____

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. _____ ; Fax: _____

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. _____ ; Fax: _____

- La U.O. è già dotata di analoga e/o simile apparecchiatura? : si no

- Il Dipartimento è già dotato di analoga apparecchiatura? : si no

3D) *La tipologia di apparecchiatura è insostituibile?* si no

Se "si" elencare le ragioni di natura tecnica/applicativa che caratterizzano l'insostituibilità:

3E) *L'apparecchiatura prevede l'uso di materiale di consumo:* si no

Il materiale di consumo dedicato è non sostituibile con altro : si no

Elencare (in ogni caso) tipologia, fabbisogno presunto annuo e costo unitario del materiale di consumo:

Richiesta di valutazione di tecnologia

3F) *La tipologia di apparecchiatura è caratterizzata da unicità funzionale?* sì no

Se "no" descrivere le altre funzioni e applicazioni per le quali è utilizzabile:

Parte 4: Paziente

4A) *L'uso della tecnologia necessita di valutazioni etiche? In caso affermativo, aggiungere gli opportuni allegati. Per esempio, questionari, modelli di consenso informato etc.*

4B) *Qual è la ricaduta sulla qualità della vita o sulla situazione lavorativa e sociale del paziente?*

Parte 5: Organizzazione

5A) *Quali sono gli effetti della proposta in termini di organizzazione?*

Elencare tutte le tipologie delle unità coinvolte:

- medici
- infermieri
- personale amministrativo
- studenti
- specializzandi
- altro

5B) *Dove potrà essere ubicata (Presidio, edificio, piano, stanza) l'innovazione proposta?*

5C) *Cosa serve per l'implementazione della proposta:*

Nuovi spazi o adeguamenti strutturali? sì no

Se sì, quali sono gli adeguamenti strutturali/spazi necessari?

Richiesta di valutazione di tecnologia

5D) La proposta influenzerà altri dipartimenti/settori dell'azienda? In caso affermativo, descrivere brevemente come.

5E) La proposta avrà una ricaduta sulle interazioni con altri ospedali o presidi sanitari territoriali (ad es. nel caso di attivazione di nuovi percorsi di cura)?

5F) Quando potrà essere implementata la proposta? Qual è la durata prevista per la messa a regime?

5G) La tecnologia è già stata implementata in altri ospedali italiani o internazionali? SI NO
Se si indicare quali _____

Parte 6: Economia

6A) Indicare il costo presunto della tecnologia

6B) Indicare il costo della tecnologia /anno

6A) Sono previsti costi di start-up per i macchinari, l'equipaggiamento in genere, la formazione, la ristrutturazione, etc. ?

6B) Quali sono le ricadute in termini di attività per il periodo di messa a regime previsto?

6C) Descrivere i vantaggi in termini di:

Output

Richiesta di valutazione di tecnologia

- Outcome
- Efficacia clinica
- Bacino di utenza servito

6D) Effettuare l'analisi dei costi:

- L'eventuale risparmio/spesa aggiuntiva annuale per paziente

 - Eventuali ricadute economiche su altri servizi
-
-
-

Nome e cognome del richiedente

Direttore Medico di Presidio o
Direttore Distretto di appartenenza .